

**DECLARACIÓN PARA DETERMINAR LA CONTINUACIÓN
DEL DERECHO A SEGURIDAD DE INGRESO SUPLEMENTARIO**

AVISO DE LA LEY DE CONFIDENCIALIDAD Y LA LEY PARA LA REDUCCIÓN DE DOCUMENTOS DE TRABAJO: Yo entiendo que mi respuesta es voluntaria pero: (1) que la información solicitada abajo se necesita para determinar la continuación de mi derecho a Seguridad de Ingreso Suplementario y/o pagos suplementados por el estado y que la misma puede resultar en un ajuste de mis pagos; (2) que esta información puede ser usada para determinar mi elegibilidad a Medicaid o para servicios sociales del estado; y (3) que no se puede hacer ningún otro pago de Seguridad de Ingreso Suplementario y/o del suplemento del estado a menos que este formulario sea completado y radicado según lo establecen la ley y reglamentos existentes (sección 1611(c) del Acta del Seguro Social y los reglamentos 20 CFR 416.204). El uso rutinario de la información recopilada se explica y publica anualmente en el Registro Federal. La Administración del Seguro Social le puede explicar el mismo con más detalle si usted lo solicita.

- DRDP:
- RUN:
- JD:
- STC:
- WI:
- TPI:
- FLA:
- PROFILE:
- DOC:
- CFL:
- HUN:
- FUN:
- TMR:
- TEL:
- LANGPREF:

DEVUELVA EL FORMULARIO DENTRO DE 30 DÍAS

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	NOMBRE DEL CÓNYUGE
	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL CÓNYUGE

SI SU NOMBRE Y DIRECCIÓN ESTÁN INCORRECTOS, TACHE LO QUE ESTÁ ERRÓNEO Y ESCRIBA LA INFORMACIÓN CORRECTA

Yo entiendo que la Administración del Seguro Social también comparará sus registros con los registros de otras agencias federales y/o estatales para asegurar que me están pagando la cantidad correcta.

ESCRIBA SUS RESPUESTAS DE LA SIGUIENTE MANERA: ▶ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 O ASÍ ▶ Si No

1.	Desde _____, ¿se ha mudado usted a una nueva dirección? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	De contestar "SI" favor de proveer:
	DIRECCIÓN NUEVA FECHA DE SU MUDANZA
2.	Desde _____ ¿ha estado usted recluido durante un mes calendario completo en un hospital, institución de ancianos, otra institución o en cualquier otro lugar que no sea su residencia? (Incluya viajes fuera de los Estados Unidos). Si la respuesta es "SI", estaba en: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Asilo de ancianos <input type="checkbox"/> Institución <input type="checkbox"/> Fuera de los EE.UU. <input type="checkbox"/> Otro _____
	FECHA EN QUE INGRESÓ Mes <input type="text"/> <input type="text"/> / Día <input type="text"/> <input type="text"/> / Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> FECHA EN QUE SALIÓ Mes <input type="text"/> <input type="text"/> / Día <input type="text"/> <input type="text"/> / Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA(S) INSTITUCION(ES):

3. Desde ¿se ha mudado alguien a su casa, o fuera de su casa?
(También debe informarnos sobre nacimientos y fallecimientos). Si No
4. Desde ¿Usted (o su cónyuge que vive con usted) ha ganado dinero por trabajo? Si No
5. Desde ¿alguna persona QUE NO VIVE CON USTED le ha dado dinero o le ha ayudado a pagar sus cuentas? Si No

SI CONTESTA "SÍ" ¿QUÉ AYUDA RECIBIÓ?

¿CON QUÉ FRECUENCIA RECIBIÓ LA AYUDA?

6. Desde ¿usted (o su cónyuge que vive con usted) ha recibido pagos de manutención o sustento, ingreso de rentas o cualquier otra clase de pago monetario O pagos de alguna pensión privada o anualidad del gobierno federal, estatal o local? (NO INCLUYA: Seguro Social, SSI, Bienestar Público, Cupones de Alimento, Beneficios de Veteranos o del Ferrocarril). Si No

SI CONTESTA "SÍ" ¿QUÉ FUE LO QUE RECIBIÓ?

Ingreso de intereses Otro _____

No escriba en este espacio

CANTIDAD DEL PAGO \$. FRECUENCIA CON QUE RECIBIÓ EL PAGO

Ejemplo para contestar las preguntas 7,8 y 9 Si tiene \$600, lo indica así. SÓLO INDIQUE LOS DÓLARES → , . →

7. ¿Tiene usted (o su cónyuge que vive con usted), una cuenta de cheques o ahorros? Debe incluir las cuentas donde tiene DEPÓSITO DIRECTO. Si contesta "SÍ" necesitamos el nombre y la dirección de todos los bancos e instituciones de ahorros donde tiene una cuenta: Si No

NOMBRE DEL BANCO	DIRECCIÓN DEL BANCO	BALANCE EN LA CUENTA	→ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> .
NOMBRE DEL BANCO	DIRECCIÓN DEL BANCO	BALANCE EN LA CUENTA	→ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> .

8. ¿Aparece su nombre (o el de su cónyuge que vive con usted) en alguna otra cuenta de cheques o ahorros que considera NO le pertenece? Debe incluir las cuentas donde tiene DEPÓSITO DIRECTO. Si contesta "SÍ" necesitamos el nombre y la dirección de todos los bancos e instituciones de ahorros. Si No

NOMBRE DEL BANCO	DIRECCIÓN DEL BANCO	BALANCE EN LA CUENTA	→ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> .
NOMBRE DEL BANCO	DIRECCIÓN DEL BANCO	BALANCE EN LA CUENTA	→ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> .

9. APARTE de su cuenta de cheques y/o ahorros, ¿usted (o su cónyuge que vive con usted), tiene(n) dinero adicional? (Ejemplos: dinero en efectivo en la casa, acciones, bonos, certificados de depósito, o pagarés) Si No

SI CONTESTA "SÍ" INDIQUE QUÉ ES LO QUE POSEE:

Dinero en efectivo Acciones Bonos Pagarés Certificado de depósito Otro _____

VALOR DE LO QUE POSEE → .

10. Usted (o su cónyuge que vive con usted), ¿es dueño único o parcial de algún terreno o edificio en el cual USTED NO VIVE? (Debe incluir propiedades que ha heredado y cualquier otra propiedad en la que aparece(n) como dueño(s) o deudor(es) en la hipoteca. NO cuente la propiedad donde usted reside). Si No

11. Desde, ¿ha vendido, transferido el título o regalado algún dinero o propiedad, incluyendo dinero o propiedad en el extranjero? Si No

12.	Desde _____ ¿ha ocurrido algún cambio en su seguro médico o en cualquier otro seguro que pague sus gastos médicos o los de su cónyuge viviendo con usted? (NO INCLUYA Medicare pero, SI INCLUYA seguros por accidente, seguros de automóvil, o seguro contra riesgo, si cubre gastos médicos por cualquier razón).	→	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
13.a.	¿Qué idioma usted prefiere para hablar con nosotros? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (Escriba el idioma) _____			
13.b.	¿Qué idioma quiere usted que usemos cuando le enviamos la correspondencia? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (Escriba el idioma) _____			
14.	Desde _____ ¿se ha expedido una orden para su arresto o la de su cónyuge viviendo con usted en relación a la comisión de un crimen o por tentativa de cometer un crimen que se considera un delito grave o mayor (o en Nueva Jersey, una fechoría mayor) o por haber violado alguno de los términos de su probatoria o libertad condicional bajo la ley federal o estatal?	→	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Yo entiendo que el Seguro Social comparará sus registros con los registros de otras agencias federales y estatales para asegurarse que me están pagando la cantidad correcta.

Entiendo que cualquiera que haga o cause que se lleve a cabo una declaración o representación falsa de algún hecho material en una solicitud o para ser usado cuando se determine si hay derecho a pago bajo la ley de Seguro Social, comete un crimen castigable bajo la ley federal o estatal o ambas. Yo reitero que la información que he dado en este documento es correcta

FIRMAS

SU FIRMA (Si firma con "X" necesitamos la firma de dos testigos). FIRME AQUÍ ▶	FECHA
FIRMA DE SU CÓNYUGE FIRME AQUÍ ▶	TELÉFONO (incluya el código de área). <input type="checkbox"/> NINGUNO

TESTIGOS

POR LO GENERAL USTED NO NECESITA LA FIRMA DE DOS TESTIGOS. SIN EMBARGO, SI USTED FIRMÓ CON UNA MARCA (X), DOS PERSONAS QUE PRESENCIARON SU FIRMA DEBEN FIRMAR ABAJO INDICÁNDONOS SU DIRECCIÓN COMPLETA.

1. FIRMA DEL TESTIGO	2. FIRMA DEL TESTIGO
DIRECCIÓN	DIRECCIÓN

SI USTED ES EL REPRESENTANTE DEL BENEFICIARIO Y ESTÁ COMPLETANDO ESTE FORMULARIO POR OTRA PERSONA DEBE PROVEER LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

SU NOMBRE COMPLETO (<i>En letra molde</i>) Y SU FIRMA FIRME AQUÍ ▶	FECHA
SU TÍTULO O PARENTESCO	TELÉFONO PARA COMUNICARNOS CON USTED (Incluya código de área) <input type="checkbox"/> NINGUNO

FOR SSA USE ONLY

WBDOC

FO